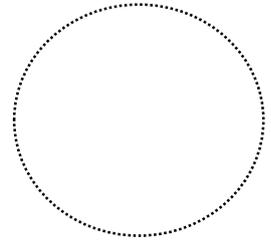


介護保険 施設入所・退所連絡票



令和 年 月 日

加西市長 あて

事業者名

次の者が下記施設 に入所 しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号															
	フリガナ												生 年 月 日	大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	被保険者氏名															
	入所前住所	〒														
	退所後住所	〒														
退所事由	1. 自宅 2. 他の介護保険施設入所（施設名： ） 3. 死亡 4. 医療機関入院（病院名： ） 5. その他（ ）															

* 死亡退所の場合、退所後住所欄は記入不要

保険者名		保険者番号												
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称		事業所番号											
	電話番号													
	所在地	〒												

対象施設：指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所、指定（介護予防）特定施設、指定地域密着型特定施設

市処理欄

摘要	<input type="checkbox"/> 当該市町村施設入所者 <input type="checkbox"/> 住所地特例者 <input type="checkbox"/> その他	入力日	
----	--	-----	--